UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 — N° 86

Luxation rétro-cotyloïdienne de la Hanche

(Forme des Automobilistes)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1936

PAR

Rémy FAURE

Membres du Jury

MM.	DAMBRIN	*Président.*
	ROQUES	*Assesseurs.*
	MIGINIAC	
	BOULARAN	
	SOREL (R.)	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, Rue Riquet, 41

1936

Luxation rétro-cotyloïdienne de la Hanche

(Forme des Automobilistes)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 86

Luxation rétro-cotyloïdienne de la Hanche

(Forme des Automobilistes)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1936

PAR

Rémy FAURE

Membres du Jury

MM.	DAMBRIN	*Président.*
	ROQUES	*Assesseurs.*
	MIGINIAC	
	BOULARAN	
	SOREL (R.)	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, Rue Riquet, 41

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Otorhinolaryngologie		CALVET.
Parasitologie		N...

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Physiologie		DELAS.
		SENDRAIL.
Médecine		SOREL (Raymond).
		MOREL L.
		ANDRIEU
		MERIEL P.
Chirurgie		LEFEBVRE.
		BOULARAN.
		FABRE P.
Obstétrique		GUILHEM.
Pharmacie		FLORENCE.
Physique médicale		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

A DIEU

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Que j'unis dans la même affection, ce bien modeste travail, en témoignage d'amour filial et de gratitude infinie. Je dois tout à leurs sacrifices. Eux seuls peuvent savoir la dette que j'ai contractée à leur égard.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

Qu'ils soient assurés de ma fraternelle tendresse.

A MON PARRAIN

Recevez ce modeste gage de ma profonde affection.

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. DAMBRIN

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre.

Qui nous a fait le très grand honneur de présider cette thèse.
Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et Climatologie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

Ce trop modeste travail, en témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIGINIAC

Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires,
Associé de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur Agrégé à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur Agrégé à la Faculté.

AU DOCTEUR PAUL DAMBRIN

Chef de Clinique Chirurgicale.

Il nous a suggéré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses conseils et de son expérience pour son achèvement.

Qu'il nous en excuse les nombreuses imperfections et qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

AVANT-PROPOS

Je ne sais plus quel professeur, dans un de ses ouvrages, divise la vie du médecin en trois parties :

— Dans une première période, l'expérience fait défaut; on ne sait que par l'expérience d'autres — ce qui n'aura jamais la valeur de l'expérience personnelle — et par les livres.

— Une deuxième période vient ensuite où, riche d'expérience, le médecin se livre à un travail fécond.

— Enfin, la troisième période verrait le médecin, cristallisé dans une théorie personnelle, ne plus avancer.

Rien de plus exact, à mon sens. Et c'est justement là, qu'il faut voir la cause des grandes difficultés que rencontre le jeune débutant, quittant la Faculté. Le peu de science médicale qu'il possède, il la tient de ses Maîtres. Et malgré l'esprit pratique de leur enseignements, malgré l'hôpital, il n'empêche que ceux-ci ont surtout transmis à leurs élèves que la théorie; cette chose la plus fugitive,

la plus modifiable, la plus périssable de toutes sciences.

Car, en l'absence de toute expérience personnelle, la théorie, surtout médicale, n'est plus qu'un cadre rigide.

Qui dira toutes les erreurs de diagnostic provenant d'une formation médicale trop abstraite, toutes les lésions méconnues à cause de théories trop étroites ?

Loin de moi l'intention de faire, au moment de quitter la Faculté, le procès de l'éducation que j'y ai reçue. Je sais bien, d'ailleurs, qu'une base théorique est indispensable, et constitue le point de départ forcé de toutes formations, de toutes acquisitions de l'activité intellectuelle.

Il n'en reste pas moins vrai, que le jeune médecin doit porter tous ses efforts à rendre la plus courte possible, cette période inévitable de sa carrière, durant laquelle il reste l'esclave de théories livresques et abstraites.

La médecine, en effet, est bien le domaine où il importe le plus que soit courte cette phase — forcément faite de tâtonnements — qui permet d'appliquer aux cas concrets de la pratique journalière, les notions théoriques, schématisées et, en quelque sorte, codifiées, que l'on a reçues.

Dans notre profession, cette « adaptation » est donc urgente. Mais de plus, elle est délicate. Rien de plus dangereux, en effet, que ces cadres rigides et étroits qu'un esprit médical encore jeune, possède sur telle ou telle lésion; car, c'est bien en petit nombre, que trouveront place dans ces cadres pré-

formés, les multiples cas d'espèce, dont, cependant, la médecine est exclusivement faite. Qu'un signe anormal, un aspect bizarre, pas ou peu classique se présente, et voilà notre débutant troublé, désorienté et risquant fort de passer à côté du diagnostic, s'il ne sait s'affranchir de la véritable obsession qu'exerce sur lui la « description-type ».

Voilà pourquoi, il convient d'attacher une grande importance à l'étude des signes différents, sous lesquels, cependant, se présente en pratique le plus souvent la même affection chez des malades différents.

Et c'est seulement, lorsque l'expérience personnelle lui aura permis de faire cette « transposition », que le praticien, devenu alors digne de ce nom, abordera la deuxième période de sa vie professionnelle, qui, nous l'avons vu, est la seule féconde.

L'on m'excusera ces quelques considérations générales, qui ne paraîtront ni très neuves, ni très personnelles, surtout venant de quelqu'un qui, lui-même, n'est qu'un débutant.

Mais elles sont venues tout naturellement à l'esprit, et de façon plus spontanée que réfléchie, au début de ce travail.

Ce dernier, en effet, est consacré à mettre en lumière les symptômes mal connus et peu classiques d'une certaine forme de luxation traumatique de la hanche.

Et, c'est justement grâce à l'exposé des innombrables cas qui sortent du cadre des descriptions clas-

siques, et à la publication de toutes les anomalies séméiologiques qui peuvent se rencontrer dans la pratique, que s'enrichiront nos connaissances médicales, et que, par suite, les erreurs de diagnostic tendront à se faire de plus en plus rares.

Ma participation à cette grande œuvre sera personnellement très mince, et portera sur un domaine très restreint. Mais il n'est de petite pierre qui n'ait droit de participer à la construction d'un édifice, si modique soit-elle.

J'aurais en vue, dans ce modeste travail, les signes radiologiques spéciaux et déroutants, sous lesquels peut se présenter une certaine variété de luxation de la hanche, que nous appelerons : luxation postérieure, forme rétrocotyloïdienne pure.

INTRODUCTION

Dans le courant de ces dernières années, le développement énorme du trafic automobile, et les circonstances actuelles de la vie moderne et rapide ont, sinon fait naître, du moins rendu beaucoup plus fréquente une variété spéciale de luxation de la hanche d'origine traumatique.

Le Médecin-Commandant Baudet a fait récemment un communiqué à l'Académie de chirurgie de Paris, avec le Docteur Paul Dambrin, chef de clinique chirurgicale sur deux cas personnels, observés presqu'en même temps, de cette forme de luxation, qu'ils appellent « luxation rétro-cotyloïdienne. »

Le Docteur P. Dambrin a bien voulu nous confier ses documents cliniques personnels, et nous attribuer ce sujet de thèse. Qu'il nous permette de lui dire ici toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait.

Ce travail comportera trois parties :

Dans une première, après un rapide aperçu sur l'historique de la question, nous étudierons le mécanisme, qui est très spécial, de cette luxation rétro-cotyloïdienne.

Dans la deuxième partie, nous exposerons les deux observations inédites, dues à l'amabilité de P. Dambrin. Nous passerons également en revue quelques observations similaires que nous avons pu relever dans la littérature.

Enfin, la troisième partie sera consacrée à la description clinique et surtout à la discussion des signes radiologiques de cette forme de luxation.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude de cette forme spéciale de luxation de la hanche est de date relativement récente. Si l'on cherche dans la littérature, on n'en trouve que peu d'observations relatées.

D'autant plus, que nous pouvons dire que la forme rétro-cotyloïdienne pure, telle que nous allons la décrire, n'acquiert toute sa personnalité et sa spécificité que depuis l'acquisition de la radio, qui aide à son diagnostic clinique.

Cependant, on peut en relever dans le traité d'HAMILTON sur les fractures et luxations (1880), une allusion directe; et cet auteur a bien vu l'étiologie de cette forme de luxation, qui reste rétro-cotyloïdienne, sans remonter sur la fosse iliaque

externe, pour constituer la luxation « iliaque », qui est, comme on sait, la forme la plus fréquente des luxations coxo-fémorales. Pour lui, en voici les causes :

« ... Ce sont, une chute sur le pied ou le genou pendant que le membre est porté très en avant du tronc, ou la chute d'une masse pesante sur le dos et sur le bassin, alors que la cuisse est fléchie sur le tronc à angle droit ou presque droit. En résumé, les causes de cette luxation sont analogues à celles qui produisent les luxations sur le dos de l'ilium, avec cette différence qu'il faut admettre, pour le membre, une position se rapprochant davantage de la flexion à angle droit, dans le moment où agit la force traumatique... »

Or, ce mécanisme, bien mis en lumière par Hamilton, se trouve très exactement réalisé dans l'accident d'automobile. Chez le conducteur aussi bien que chez le passager cette flexion de la cuisse existe.

J'ai pu relever deux observations, relatées par Hamilton, qui paraissent bien répondre à la forme dont j'entreprends l'étude, quoique nous n'en possédions pas, et pour cause, la signature radiologique.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, le 29 septembre 1866, se trouvait assis sur le quai avec les jambes pendantes, quand il fut frappé au genou par le plat-bord d'un bateau; il s'ensuivit une luxation à la tête du fémur dans l'échancrure sciatique. Je le vis le lende-

main à l'Hôpital Bellevue; vingt heures environ s'étaient écoulées depuis l'accident. Dans le décubitus dorsal, le membre était dans une adduction extrêmement prononcée et un peu dans la rotation en dedans; il était raccourci de deux centimètres. Dans la station debout, l'adduction et la rotation en dedans était très légères.

Après avoir éthérisé le blessé, je fis trois tentatives séparées de réduction à l'aide des manœuvres de douceur, mais sans résultat. Je pratiquai alors l'extension de la façon suivante : le blessé étant couché sur le dos, je me mis à califourchon sur lui, et, joignant les mains au-dessous du genou du membre luxé, je tirai directement en haut, pendant qu'un aide maintenait le bassin. Je ne sentis point l'os revenir à sa place, et ne m'aperçus pas que la réduction s'était opérée, mais, en abaissant le membre, je constatai que l'os était dans sa cavité.

Deux ou trois minutes plus tard, avant le réveil du blessé, je soulevai le genou pour montrer à quelques élèves, qui venaient d'arriver, comment la luxation avait été réduite, quand la tête se déplaça de nouveau, avec un ressaut brusque et avec sensation de frottement dur. J'avais éprouvé cette sensation une ou deux fois pendant les manœuvres précédentes. Elle n'offrait pas la sécheresse de la crépitation ordinaire des fractures.

Je remis alors le membre sur le lit et pus constater qu'il occupait la même position qu'avant la réduction. Je me plaçai encore au-dessus du blessé, dans la situation que j'ai indiquée, et, joignant les mains au-dessous du genou, j'exerçai des tractions en haut; la tête se remit en place avec une secousse brusque et la même sensation de frottement. Le membre fut mis dans l'extension et immobilisé avec une longue attelle...

Cette observation est intéressante. Elle paraît, en effet, bien répondre à la symptomatologie de la luxation postérieure rétro-cotyloïdienn.e De plus, la facilité avec laquelle la luxation se reproduisit chez ce malade, indique qu'elle s'accompagnait, sinon de fracture proprement dite du sourcil cotyloïdien osseux, du moins d'une rupture du cartilage qui forme le bourrelet cotyloïdien.

OBSERVATION II

(Toujours empruntée à sir HAMILTON.)

... Le 13 mars 1855, C. Cormick, âgé de 21 ans, employé du « State-Line Railrod » fut pris entre deux wagons, avec le dos appuyé contre l'un d'eux et le genou droit contre l'autre, la cuisse droite étant à ce moment fléchie à angle droit sur le tronc.

Nous retrouvons la position un peu spéciale et qui se trouve réalisée au maximum chez l'automobiliste assis à son volant.

Quand les wagons se rencontrèrent, il sentit un « craquement » dans la hanche, et se trouva dans l'impossibilité de marcher ou de se tenir debout.

Deux jours après l'accident, j'examinai soigneusement le membre et fis tous les préparatifs pour réduire la luxation avec les moufles, dans le cas où les manœuvres de douceur échoueraient.

Le blessé étant couché sur le dos, je pris dans les mains la jambe et la cuisse droites, la jambe étant modérément fléchie sur la cuisse, et relevai lentement le genou vers le ventre, jusqu'à ce qu'il s'en fût approché à trente ou trente-cinq centimètres, à ce moment, j'éprouvais une légère résistance pour aller plus loin

dans ce sens; je ramenai alors le genou transversalement en dehors jusqu'à ce que je rencontrasse encore une résistance légère, et immédiatement je commençai à laisser redescendre le membre. Dans ce dernier mouvement, il se produisit aux environs de la jointure un ressaut, un claquement brusque, et je crus la réduction opérée; mais, en abaissant complètement le membre, je trouvai que la tête était encore dans l'échancrure sciatique. Je pense qu'elle avait glissé sur le rebord inférieur du cotyle, après l'avoir gravi peu à peu.

Sans retard, je recommençais la manœuvre, et dans des conditions absolument analogues. Cette fois encore, au même point, alors que le membre commençait juste à descendre, il se produisit une sensation beaucoup plus distincte de ressaut, et, abaissant le membre, je pus constater qu'il avait repris sa forme et sa direction normales, en même temps que l'étendue de ses mouvements...

Voilà donc, relatées, deux observations qui semblent bien entrer dans le cadre de notre description, tant par les circonstances étiologiques, que par leur symptomatologie et leur devenir.

Cela reflète d'ailleurs, assez bien, tout l'état de cette question, jusqu'à la découverte de la radioscopie.

A partir de 1890 s'ouvre une seconde période. Grâce à la radiographie, les différentes variétés de luxations de la hanche sont mieux connues. Sivard (1921) et Tchiviklinki (1927) étudient cette question.

Cependant, il faut attendre 1927 pour voir cette affection décrite plus spécialement, et devenir clas-

sique, en raison même de sa plus grande fréquence, et pour cause.

En 1927, en effet, Breton et Blondeau en rapportent deux observations. En 1928, le professeur Lenormand, puis Latil (*in* thèse Roman), rapportent des cas semblables.

Depuis, Briswald et Herd en 1929, Zadet (New-York 1930), Brissot et Lemoine (1931), Christopher (1931), Luchèse (1931), Charrier (1931), Patel et Vergnoy (1932), Le Page et Barbarin (1934), Moriconi (1934), Peinhold, Breton (*in* thèse Samuel) en ont publié d'autres cas.

Si nos recherches sont exactes, cela fait donc : dix-sept cas de luxations postérieures avec ou sans fracture du sourcil cotyloïdien.

C'est donc surtout dans ces dix dernières années que la littérature s'est enrichie de cas tous à peu près semblables, en tant que traumatismes survenus dans des accidents d'automobile.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Une des caractéristiques de la luxation postérieur e de la hanche, et une des particularités qui individualise cette variété « rétro-cotyloïdienne », réside, nous l'avons déjà vu, dans son étiologie un peu spéciale.

Le mécanisme en est aisé à saisir; la jambe est en flexion à angle droit sur la cuisse; celle-ci a la même position par rapport au bassin, dans le cas de l'automobiliste, circonstance où se rencontre le plus souvent cette variété de luxation. Qu'un arrêt brusque vienne à se produire, pour une cause quelconque, le genou butte avec force contre le tableau de bord ou le siège avant. Le choc est transmis le long du fémur, à la tête qui comprime brutalement la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, en la fracturant généralement, et se luxe en arrière.

Cette luxation est donc, dans la majorité des cas, du type direct, la tête fémorale faisant générale-

ment issue hors de la capsule, à l'endroit même où s'est exercée la pression traumatique.

La tête se luxe directement par la brèche qu'elle s'est faite en « faisant bélier » contre le sourcil cotyloïdien.

Cette variété de luxation échappe donc souvent au mécanisme habituel que tous les classiques décrivent pour les luxations de la hanche en général. En effet, le premier temps du déplacement, qui serait toujours une position primitivement basse, fait ici très souvent défaut.

Quant aux autres caractères étiologiques, ils ne présentent rien de particulier : elle se présente le plus souvent chez l'homme, pour la bonne raison que l'homme par ses ocupations même se trouve plus fréquemment exposé à de semblables traumatismes.

Nos deux observations, de même que les deux observations empruntées à Sir Hamilton, intéressent toutes le même sexe.

Quant à leur mécanisme interne, il est certaines considérations assez intéressantes à faire. Tous les auteurs classiques, à la suite de Bigelow et de Tillaux, admettent que presque toutes les luxations postérieures (qui représentent à peu près 80 % des luxations de la hanche) passent par un stade initial de luxation en bas, que ce déplacement doive secondairement se transformer :

En déplacement postérieur haut ou « iliaque »,

ou

En déplacement postérieur pur ou « ischiatique »,

ce qui est la forme se rapprochant le plus de notre forme rétro-cotyloïdienne, cette dernière pouvant même être considérée comme une forme de cette variété.

Tel n'est pas l'avis de MORRIS, qui lui, résumait sa théorie dans les deux propositions suivantes :

« ... Toutes les luxations de la cuisse, sans complications de fracture, se produisent pendant que le membre est dans l'abduction. »

« Les luxations dorsales directes, c'est-à-dire celles que l'on prétend se produire pendant l'abduction du membre, sont toujours le résultat d'une violence considérable, et s'accompagnent toujours d'une fracture du cotyle, de la tête du fémur, ou de ces deux os à la fois. » (MORRIS, *The Lancet*, 1877.)

MALGAIGNE, lui, met en avant une théorie musculaire, pour expliquer les différentes positions que peut occuper la tête dans la luxation coxo-fémorale. La luxation iliaque se trouve réalisée lorsque la tête se loge au-dessus du muscle obturateur interne; la luxation ischiatique, quand elle reste au-dessous du tendon de ce muscle. Cette théorie fut combattue. Mais dernièrement, le rôle de cette action musculaire fut de nouveau étudié et bien mis en lumière par R. BLOCH. Cet auteur a vu, à deux reprises, des luxations basses, difficiles à réduire sous anesthésie générale, se réduire spontanément sous l'effet de la seule rachi-anesthésie. Il fait remarquer que la rachi-anesthésie donnant une résolution musculaire plus profonde que l'anesthésie générale, ce phénomène laisse supposer que la

flexion de la cuisse sur le bassin dans les luxations ischiatiques est due, non à la tension du ligament de Bertin, mais à la contraction musculaire.

Voncken, de Bruxelles, soutient la même théorie.

La théorie de Tillaux, est, elle, purement capsulaire. Pour lui, la luxation coxo-fémorale en arrière se produit toujours dans un mouvement de de rotation interne et d'adduction combiné avec une flexion plus ou moins grande, soit de la cuisse sur le bassin, soit du bassin sur la cuisse. Dans cette situation, la tête du fémur presse sur la capsule en bas et en arrière, et la brise.

La tête, échappée de la cavité cotyloïde, repose sur le bord cotyloïdien vis-à-vis l'échancrure ischiatique : la luxation est incomplète et ischiatique; elle reste telle que tant que la capsule n'est brisée que dans sa partie inférieure.

Et pour Tillaux, suivant que secondairement cette lésion initiale de la capsule s'étend en arrière : il s'ensuit une luxation ischiatique; ou s'étend en haut : il s'ensuit une luxation iliaque.

Il conclut, disant : une luxation iliaque complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en avant.

Une luxation ischiatique complète n'existe qu'à condition de l'intégrité de la capsule en haut.

Donc, pour Tillaux, le rôle de la capsule est prépondérant dans la genèse des différentes variétés des luxations de la cuisse.

Bigelow, lui, a émis, pour expliquer ce méca-

nisme, une théorie qui n'est plus exclusivement capsulaire, comme la précédente, mais capsulo-ligamenteuse. Pour lui, l'élément ligamenteux joue même un rôle prépondérant. « ...Tout ce qu'il est essentiel de savoir des luxations de la hanche, dit-il, peut s'apprendre sur un bassin et un fémur dont on aura enlevé toutes les parties molles, à l'exception du ligament ilio-fémoral, et peut-être de l'obturateur interne, et de la portion de capsule sous-jacente. »

On le voit, pour BIGELOW, l'influence musculaire et capsulaire sur la formation de telle ou telle variété de luxation coxo-fémorale est secondaire et ne vient qu'au second plan, après celle du ligament en « Y ».

« ... Sectionnez, dit encore BIGELOW, le ligament ilio-fémoral en laissant intacts les autres tissus, et aussitôt. le type caractéristique de la déformation disparaît. »

Tout comme TILLAUX, BIGELOW proclame la fréquence relative de la luxation en bas, au moins comme déplacement initial.

« ... La flexion, dit-il, avec adduction ou abduction, est l'attitude habituelle de cuisse, surtout pendant l'effort, ou les mouvements instinctifs de défense personnelle : le ligament ilio-fémoral se trouve ainsi habituellement relâché. Pour ce motif, et aussi parce que la capsule, à sa partie inférieure, est mince et affaiblie, ressemblant à une vessie mouillée, et que le sourcil cotyloïdien offre une échancrure dans le point correspondant, la luxation

en bas est de beaucoup la plus commune. D'autre part, la tête fémorale s'échappant ainsi primitivement par-dessous le cotyle, subit d'ordinaire aussitôt un déplacement secondaire qui l'amène d'un côté ou de l'autre de la cavité articulaire. En réalité, la luxation en bas est si fréquente, et le chemin à parcourir pour remonter sur le dos de l'ilium est rendu si facile par la contraction musculaire, et aussi, on peut dire surtout, par la conformation de l'os, que, dans une très grande proportion des faits, la luxation revêt le type dorsal... »

Voilà donc les trois principales théories tendant à expliquer le mécanisme interne des différentes variétés de luxations coxo-fémorales : la théorie purement musculaire de MALGAIGNE, la théorie capsulaire de TILLAUX, enfin, la théorie ligamenteuse surtout, quoique moins exclusive que les deux autres, de BIGELOW.

Ces théories sont classiques, et si j'ai tenu à les rappeler ici, si j'ai voulu mettre en parallèle le principal de chacune d'elles, c'est pour voir à laquelle il faudra nous adresser, pour expliquer, avec les moindres chances d'erreur, la variété de luxation qui nous intéresse.

Je crois qu'ici, comme dans presque tous les domaines, il nous faudra être éclectif.

Il est certain que chez notre automobiliste, dans la position que nous lui avons déjà plusieurs fois décrite, un traumatisme violent peut entraîner une fracture du sourcil cotyloïdien, et la luxation sera directe, d'emblée postérieure, et sans le stade initial

de position basse. Mais, même chez un tel blessé, la théorie de Bigelow joue, en ce sens que le ligament ilio-fémoral, qui, dans la position de l'automobiliste assis, est très relâché, a une laxité suffisante pour permettre un assez fort déplacement en arrière, sans qu'il soit déchiré. Et c'est justement l'intégrité de ce ligament en « Y » qui permet à la luxation de conserver son caractère typique, et qui fixe sa variété anatomique.

Dans le cas d'un grand traumatisme, entraînant une fracture du sourcil, ou même arrachement du bourrelet cartilagineux, la théorie de Morris se trouve confirmée.

Mais, même dans le cas d'accident d'automobile que nous continuons à envisager, on peut rencontrer des exemples donnant raison à la théorie de Tillaux, ou mieux à celle de Bigelow, qui en somme ne fait que donner à l'idée de Tillaux, son expression complète, en y ajoutant le rôle, prépondérant il est vrai, nous l'avons vu, du ligament ilio-fémoral.

Un choc, agissant sur un fémur se trouvant en flexion exagéré et telle que l'angle formé par la cuisse et l'abdomen soit un angle aigu inférieur à l'angle droit, le déplacement primitif peut très bien être une position basse, qui, par la suite, évoluera vers le déplacement rétro-cotyloïdien. Ce nouveau déplacement étant souvent la conséquence de la seule pesanteur de la cuisse, le fémur, jouant en ce cas le rôle de levier du premier genre, et la tête

effectuant un mouvement ascendant, jusqu'à prendre la position rétro-cotyloïdienne pure.

Il n'y a d'ailleurs qu'une importance relative à discriminer exactement à quel genre de mécanisme on a à faire.

Il suffit de retenir que la forme que nous décrivons s'accompagne souvent de lésions annexes, telles que fracture du sourcil cotyloïdien ou désinsertion du bourrelet cartilagineux. Dans ce cas, la position postérieure est primitive.

Retenons aussi que malgré tout, cette position peut être secondaire. le plus souvent à une luxation du type basse, ou plus rarement du type iliaque. Mais toujours ce déplacement ultérieur en variété rétro-cotyloïdienne est la conséquence de la position en flexion de la cuisse.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

CHAPITRE PREMIER

Deux observations personnelles.

OBSERVATION I

(Inédite. Due au Docteur P. Dambrin.)

M..., 63 ans, est victime d'un accident d'automobile, celle-ci faisant une chute dans un fossé alors qu'il était au volant. A l'examen, tous les signes cliniques d'une luxation supéro-externe de la hanche : adduction, demi-flexion, rotation interne. Ces signes sont cependant peu accusés. Bien qu'ayant posé le diagnostic de luxation de la hanche, nous demandons une radiographie de l'articulation. Sur le film (face) (fig. 1 et 2) la tête est, fait tout d'abord surprenant, à sa place, se projetant exactement dans le pourtour du cotyle. En re-

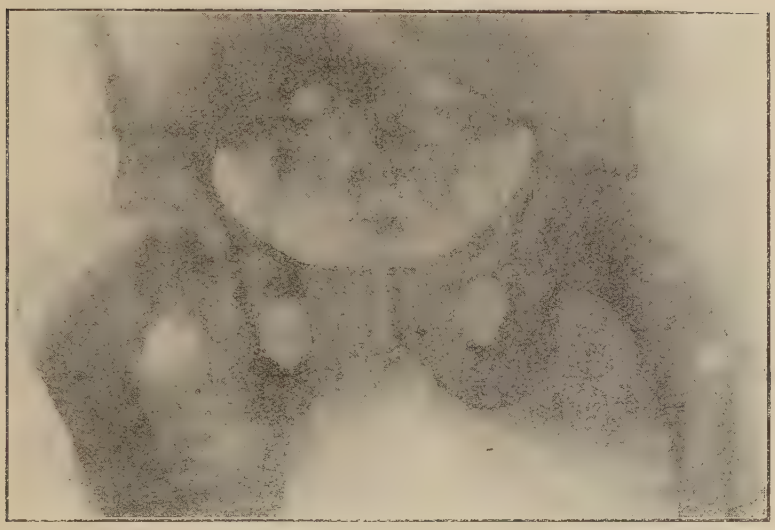

Fig. 1. — Radiographie du bassin de face (Obs. 1).
La tête paraît en place.

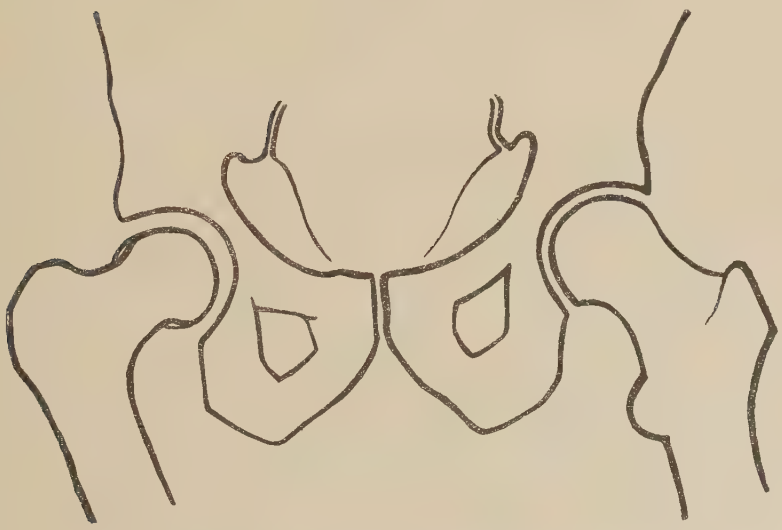

Fig. 2. — Schéma de la radio précédente : La cavité cotyloïde « paraît trop grande » pour la tête (P. Dambrin).

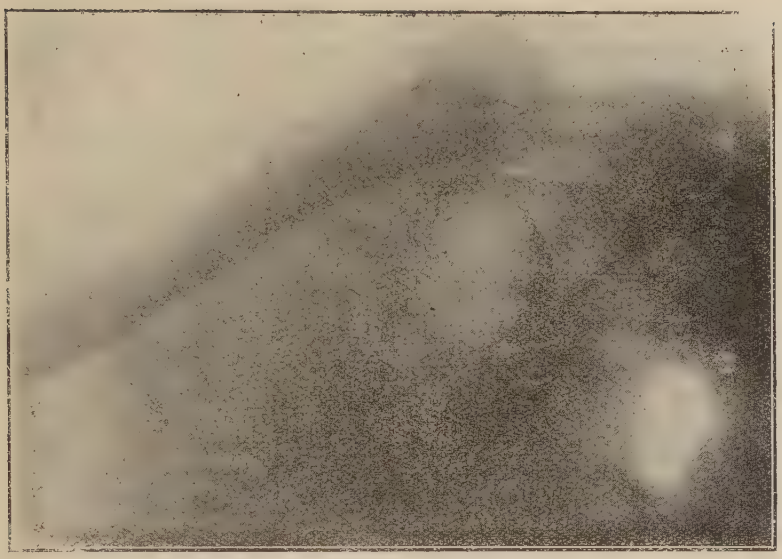

Fig. 3. — Radiographie de profil.
Luxation « rétro-cotyloïdienne » de la tête.

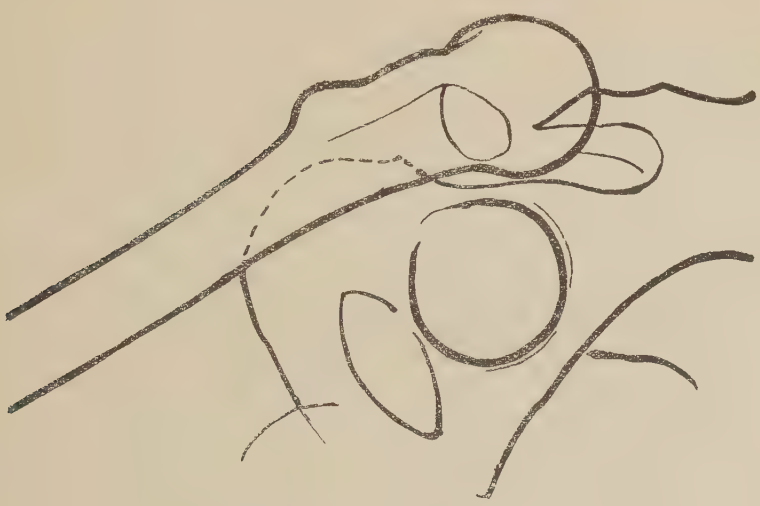

Fig. 4. — Schéma de la radiographie de profil.

vanche, il semble exister un raccourcissement du col fémoral. Devant l'évidence de l'image radiologique, en contradiction avec les signes cliniques, nous sommes tenté d'admettre la possibilité d'une fracture du col avec engrènement. Nous mettons le membre en traction. Mais les signes persistent d'une luxation de la hanche. Nous insistons pour avoir un cliché de profil de l'articulation qui révèle cette fois le déplacement de la tête fémorale en arrière du cotyle et exactement au même niveau que ce dernier (fig. 3 et 4).

La réduction, sous anesthésie générale, s'effectue aisément. Il s'agissait d'une luxation « rétro-cotyloïdienne » pure de la hanche, sans fracture associée.

OBSERVATION II

(Inédite. Due au Médecin Commandant G. Baudet.)

Le 23 juin 1936, L..., 36 ans, officier de Gendarmerie, est victime d'un accident d'automobile. Sa voiture heurte un arbre et il est violemment projeté en avant, son genou droit venant heurter avec force le tableau de bord. Dégagé, le blessé ne peut faire un pas, ni se tenir debout. Il est transporté à l'hôpital où nous le trouvons cuisse fléchie et en adduction. Il est impossible de placer le membre inférieur dans toute autre position. En bref, tous les signes cliniques d'une luxation de la hanche du type postérieur.

A notre grande surprise, le cliché de face que l'on a tiré avant notre arrivée, nous montre une tête fémorale, radiologiquement en bonne place dans la cavité cotyloïde. Il existe une fracture du bord postérieur du cotyle; fragment au-dessus de la tête.

Quoiqu'il en soit, la hanche nous paraissant sûre-

ment luxée nous réduisons la luxation sous-anesthésie générale à l'éther.

Après réduction, la radiographie nous montre la remise en place du fragment cotyloïdien fracturé.

Nous étions en présence d'une luxation de la hanche de la variété postérieure « rétrocotyloïdienne ».

CHAPITRE II

Observations recherchées chez d'autres auteurs et paraissant bien répondre à notre forme « rétro-cotyloïdienne ».

OBSERVATION III

BRETON (in thèse SAMUEL.)

M. L..., âgé de 49 ans.

Vers 11 heures du soir, le 31 décembre 1933, l'auto conduite par le blessé dérape sur le verglas et vient se fracasser contre un arbre. L'examen de la voiture montre que le tableau de bord était enfoncé, et que le pantalon était déchiré au niveau du genou gauche. Transporté à la clinique le blessé est examiné sommairement au cours de la nuit. Nous diagnostiquons : fractures de côtes et contusion de la hanche gauche, une radiogra-

phie du bassin est pratiquée. Le blessé étant shoké, l'examen plus complet est remis au lendemain.

1er janvier 1934. — Avant ce nouvel examen, le cliché est à nouveau examiné sans découvrir quelque chose d'anormal.

(Si la tête est luxée, elle se trouve donc en position rétro-cotyloïdienne pure, et ce déplacement n'apparaît pas sur le film de face.)

A l'examen : hanche bloquée en flexion à 45° ; les deux membres étant en position symétrique le genou gauche paraît en retrait sur le droit de 2 centimètres environ. Examinant plus soigneusement le cliché tiré pendant la nuit, nous découvrons au bord supérieur du cotyle une petite esquille de 4 mm. sur 3 mm. Nous diagnostiquons alors une luxation postérieure de la hanche avec fracture du bord postérieur du cotyle.

Un second cliché, tiré sous une incidence un peu différente, montre outre l'esquille, une fracture de la tête à sa partie moyenne. Nous complétons alors notre diagnostic : fracture de la tête dont le fragment interne est resté dans le cotyle. Le fragment externe resté adhérent au col a fracturé le bord postérieur du cotyle et le fémur s'est luxé en arrière.

L'état du malade, obèse, shoké, fracture des côtes, ne permet pas d'intervenir d'emblée.

Breton et Blondeau : Deux observations citées dans le numéro d'août 1927, du *Journal de Radiologie*. Les voici :

a) OBSERVATION IV

Homme de 45 ans, hanche gauche traumatisée dans un accident d'auto; luxationp ostérieure et fracture du rebord cotyloïdien; la luxation s'est reproduite.

b) OBSERVATION V

Femme de 35 ans, accident d'auto, luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture du sourcil cotyloïdien.

OBSERVATION VI

(Zadek, 1930.)

Homme, 26 ans, accident d'auto, luxation de la hanche tout d'abord méconnue, le tableau clinique étant dominé par la fracture du tibia, juste au-dessous du genou.

Deux semaines après l'accident : radio; diagnostic : luxation de la hanche gauche avec fracture du bord supérieur du cotyle.

OBSERVATION VII

(Brisset et Lemoine, *Société Nationale de Chirurgie*, 4 novembre 1931.)

Homme, accident de motocyclette. Radio : luxation postérieure du côté gauche avec arrachement du sourcil cotyloïdien. Fragment au-dessus de la tête.

OBSERVATION VIII

(Due au Docteur Reinhold, in *Thèse Samuel*, 1936.)

Homme, 38 ans, victime d'un accident de motocyclette. Pendant un arrêt brusque, un tramway l'a tamponné par derrière et il a été projeté en avant avec sa moto.

Symptomatologie : Impotence fonctionnelle absolue. Membre en extension, rotation interne et adduction. Raccourcissement : 5 centimètres. Radio : luxation postérieure compliquée de fracture du rebord postérieur du cotyle. (Gros fragment au-dessus de la tête et fracture du bassin.)

OBSERVATION IX

(Professeur Patel, de Lyon, in *Thèse Samuel.*)

Chez une femme de 45 ans, accident d'auto, entraîne une lésion de la hanche qui passe inaperçue en raison d'une fracture de la rotule du même côté.

Le Professeur Patel qui la voit huit mois après l'accident constate une subluxation de la hanche avec fracture du rebord supérieur du cotyle.

Traitement : bloquage de la hanche à l'aide d'un greffon osseux.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue symptomatologique, cette variété postérieure de luxation de la hanche, que nous appelerons désormais, si vous le voulez bien, forme « rétro-cotyloïdienne pure », ne diffère que très peu de la luxation postérieure en général.

C'est, dans la plupart des cas, le tableau clinique de la luxation que les classiques appellent « ischiatique ».

Cependant, il importe dès à présent, de distinguer la luxation simple, et celle qui s'accompagne de lésions associées : le plus souvent, fracture du sourcil cotyloïdien causée par la violence toute particulière du traumatisme.

1° Luxations simples.

Signes communs à toutes luxations postérieures. — Le membre nous apparaît dans l'attitude caractéristique, bien connue. Rappelons-la brièvement :

Rotation interne,
Adduction,
Flexion très marquée.

Le genou du côté traumatisé est appliqué sur la cuisse saine, bien au-dessous de la rotule. Le gros orteil est appliqué sur la face dorsale du pied sain.

Le membre malade est immobilisé dans cette attitude; l'impotence fonctionnelle est très marquée. Dès l'accident, le blessé a été incapable de marcher, ou même de se tenir debout. Les mouvements passifs eux-même sont impossibles. Toute tentative en est extrêmement douloureuse. La flexion est très limitée, l'adduction difficile, l'abduction impossible.

La palpation, surtout chez des sujets assez maigres, permet de percevoir la tête fémorale dans la région ischiatique.

La ligne de Nelaton-Roser sera recherchée dans tous les cas; sur cette cuisse traumatisée et fléchie à angle droit, le sommet du trochanter est bien au-dessus de cette ligne.

La mensuration devra être recherchée soigneusement, le raccourcissement étant souvent très limité.

Signes spéciaux à cette variété rétro-cotyloïdienne. — La flexion est plus accentuée que dans la forme haute.

Le raccourcissement est léger et, par suite délicat à mesurer.

C'est pourquoi, il est bon, pour l'apprécier, de mettre en œuvre le procédé suivant : On fléchira symétriquement les deux membres à angle droit sur le bassin. Dans cette position, le membre luxé apparaît plus court de deux à trois centimètres. Le genou malade étant par conséquent en retrait sur le sain de la même distance. Le raccourcissement sur le membre en extension ne dépasse guère 10 à 15 mm. et pourrait donc passer inaperçu. Il est donc important de pratiquer cette petite manœuvre, et, lorsqu'on suspecte une luxation postérieure, de toujours rechercher le raccourcissement sur la jambe fléchie.

Rappelons d'ailleurs que tous les signes classiques cités plus haut peuvent être plus ou moins nets. plus ou moins au complet.

C'est ainsi que l'on peut voir un membre relativement mobile, du moins passivement, et renversé en dehors: ce déplacement anormal répond à la déchirure du faisceau externe du ligament en « Y » de Bigelow.

Sir Astley Cooper a remarqué, il y a déjà longtemps, que cette luxation était la plus difficile à reconnaître.

Syme également avoue s'être trompé sur la nature réelle du traumatisme, et avoir méconnu une

luxation postérieure. C'est pourquoi, ce dernier auteur a plus tard appelé l'attention sur un signe qu'il considère comme un des éléments les plus importants du diagnostic, même, d'après lui, ce signe ne ferait jamais défaut, et on ne le rencontrerait dans aucun autre traumatisme de la hanche, « que ce soit une luxation, une fracture, ou une contusion simple...

« C'est, dit-il, une courbure de la région lombaire de la colonne vertébrale, qu'on ne saurait faire disparaître tant que la cuisse est étendue, ou dans l'axe du tronc. Dès qu'on fléchit le membre sur le bassin, les lombes reposent à plat sur le lit; mais dès qu'on laisse le membre redescendre, les lombes se cambrent comme avant... »

Dans les cas douteux, on n'oubliera pas de pratiquer un toucher rectal ou vaginal, qui peut permettre de sentir la tête fémorale dans sa position postérieure.

2° Luxations compliquées.

Bien souvent la luxation n'est pas isolée, et n'est pas la seule lésion observée. Bien, au contraire, dans le cas qui nous intéresse, au cours d'un accident d'automobile, circonstance au cours de laquelle se rencontre le plus souvent la luxation rétro-cotyloïdienne, la violence du choc est telle que les dégâts ne s'arrêtent pas là.

En tête, vient la *fracture du sourcil cotyloïdien.*

Le fragment apparaît le plus souvent au-dessus de la tête du fémur, comme c'est le cas dans notre observation n° 2.

Symptomatologiquement, cette luxation compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien, nous apparaît avec des signes cliniques suffisants pour qu'il soit possible d'en faire le diagnostic même sans le secours de la radio. Il y a cinquante ans, HAMILTON professait que seule l'impossibilité de réduire ou de maintenir l'os en place, après la réduction, permettait de supposer une complication du côté du sourcil cotyloïdien. Mais, il avoue que ce diagnostic était rarement fait; il dit textuellement : « ... Nous sommes loin de posséder des moyens de diagnostic suffisants; même, il est rare que la lésion ait été reconnue avant la mort. » (HAMILTON, 1884.)

Fort heureusement, à l'heure actuelle, nous n'en sommes plus là, et nous porterons ce diagnostic devant un blessé dont le traumatisme fut violent (accident d'automobile), et qui présente : Une sensation de crépitation au niveau de sa hanche, une grande facilité de réduction et de reluxation, un point douloureux pectinéal, enfin une ecchymose tardive scrotale.

SAMUEL, dans sa thèse, publie une observation personnelle et très instructive à ce sujet; il cite encore douze autres observations dont certaines inédites. Tous ces cas se compliquent de fracture du sourcil cotyloïdien et furent observés exclusivement chez des automobilistes accidentés. L'étude

qu'il en a fait, met bien au point cette question.

Le siège de la fracture est habituellement le bord postérieur du cotyle. Le trait de fracture est le plus souvent unique et simple; il est généralement irrégulier. Le fragment détaché est de forme variable : triangulaire, en croissant, en bec. Il apparaît, en général, au-dessus de la tête fémorale.

Fracture de la tête fémorale, comme dans l'observation n° 3 de BRETON. Le fragment interne de la tête reste dans la cavité, seule le fragment externe se luxe en arrière.

Lésions au niveau du genou : Contusions simples ou fracture de la rotule, comme dans notre observation n° 9 de PATEL.

Fracture du tibia à son extrémité supérieure, comme dans notre observation n° 6 empruntée à ZADEK.

Parfois même, ces lésions, secondaires pour nous, peuvent prendre une telle importance qu'elles retiennent toute l'attention et peuvent faire méconnaître la luxation concomitante : Exemple l'observation de ZADEK.

⁂

Dans les deux cas, luxation simple ou luxation compliquée de lésions associées, nous voyons donc que le diagnostic clinique peut rencontrer des difficultés, même avec la notion étiologique d'accident d'automobile, qui devra désormais faire rechercher systématiquement l'existence possible d'une luxation avec ou sans fracture du sourcil cotyloïdien.

Voilà pourquoi, il est important de savoir que le cliché radiologique, qui sera sans doute systématiquement pratiqué chez un tel traumatisé, peut, lui aussi, être la cause d'une erreur d'interprétation, et par suite contribuer à égarer le diagnostic.

CHAPITRE II

SIGNES RADIOLOGIQUES

Avec ce chapitre, nous abordons, peut-être, le point le plus important de ce modeste travail. Nous estimons, en effet, que c'est grâce à la radio que l'on peut décrire une variété rétro-cotyloïdienne pure de la luxation de la hanche, et que c'est à elle seule que cette forme doit toute son individualité et qu'elle devient une entité clinique.

Nous avons vu, tout à l'heure, que la luxation postérieure pouvait fort bien donner lieu cliniquement à quelques difficultés d'interprétation, surtout si des lésions associées accompagnaient la luxation et risquaient de la faire méconnaître. Tout clinicien moderne, en face du moindre doute, aura systématiquement recours à la radiographie. C'est donc justement là que réside le point important.

Il importe, en effet, de savoir que le cliché radiologique, lui aussi, peut « mentir » en quelque sorte,

et risque, par son image trompeuse, de dérouter un esprit non averti.

Ce point, à notre connaissance, n'avait jamais été ni souligné, ni rapporté. Tout juste, avons-nous pu relever la remarque suivante dans la thèse de SAMUEL : « L'interprétation de la radiographie est souvent difficile. Il faut se méfier aussi des mauvaises radiographies. Dans le cas BRETON (obs. n° 1), la première radio ne montrait ni fracture, ni luxation. Guidé par des données étiologiques (automobile), BRETON demande un deuxième cliché qui lui révèle une luxation... » Il est permis de déduire qu'entre les deux clichés la tête avait quitté la position franchement rétro-cotyloïdienne qu'elle occupait lors de la première radio.

Les deux observations inédites que je tiens de mes Maîtres, MM. BAUDET et P. DAMBRIN, en sont deux merveilleux exemples. Elles sont de plus, à notre avis, assez instructives. En effet, elles représentent deux cas différents; et celà permet d'envisager l'effet différent que peut causer une mauvaise lecture d'un cliché, dans diverses circonstances.

Dans notre deuxième observation, le diagnostic de luxation était presque évident; on eut recours à la radio que pour plus de sûreté et avec l'espoir de recevoir d'elle confirmation du diagnostic déjà posé. Un cliché est donc tiré. Etonnement : la tête fémorale paraît occuper parfaitement la cavité cotyloïde. Le diagnostic de luxation postérieure est ce-

pendant si évident que, malgré la radio, la réduction est opérée.

Dans la première observation, au contraire, les signes cliniques sont moins nets. Aussi attendait-on davantage de la réponse de la radiographie. De celle-ci on faisait dépendre le diagnostic. Une mauvaise lecture du cliché devait donc avoir une plus fâcheuse conséquence. En l'occurence, et en l'absence de signes radiologiques de luxation (fig. 1 et 2) le diagnostic de fracture du col avec engrènement fut porté; à tort, car on eut l'idée de réclamer un cliché de profil.

Cette fois, la tête fémorale nous apparut fortement luxé en arrière (fig. 3 et 4), mais exactement sur le même plan horizontal que la cavité cotyloïde, d'où image trompeuse.

On voit donc la grande difficulté d'interprétation que peut présenter la lecture d'un film en pareil cas.

Au point de vue radiologique, de même que pour la description clinique, il est bon d'envisager séparément le cas de la luxation simple et celui où la luxation se complique de quelques lésions surajoutées.

1° Luxation simple.

Dans cette éventualité, les signes cliniques de la luxation coxo-fémorale sont le plus souvent au complet, et constituent un tableau symptômatique

suffisant pour que le diagnostic ait déjà été porté. Si la radiographie est pratiquée, ce n'est donc que pour chercher une confirmation, et surtout pour préciser l'importance du déplacement.

Or, à la vue du cliché, la surprise peut être grande. En effet, sur le film de face, le seul que l'on ait l'habitude de faire faire en pareil cas, la tête est à sa place, se projetant exactement dans le pourtour du cotyle.

Le clinicien non averti, risque donc de rester fort perplexe devant ces signes radiologiques en contradiction évidente avec la clinique. Il cherche un autre diagnostic : fracture de la tête fémorale ou du col avec engrènement. Mais la radiographie attentivement étudiée ne laisse voir aucune image de ces deux lésions. Force est donc de revenir au premier diagnostic clinique : luxation, malgré le fait déconcertant du cliché.

Cependant, l'explication de cette anomalie, est des plus simple.

Mais il faut y penser; il suffit, en tout cas, de le savoir, ou d'avoir vu le fait une seule fois, pour ne plus passer, désormais, à côté d'un fait semblable.

La tête luxée est venue se placer exactement en arrière de la cavité cotyloïde, et semble donc, sur un cliché de face, continuer à l'habiter. Dans un cas semblable, un cliché de profil sera donc toujours demandé, et sur ce second film, la tête apparaîtra en effet manifestement luxée en arrière du cotyle, quoique sur un même plan horizontal.

N'y a-t-il pas cependant un signe qui permette,

même sur un cliché frontal, de supposer que la tête n'est pas à sa place ?

Si, et il est bon de le connaître, l'on examine attentivement la radiographie de face, on remarque que du côté traumatisé la cavité cotyloïde « paraît trop grande » pour la tête dont le pourtour est nettement plus petit que du côté sain. C'est tout simplement parce que la tête luxée en arrière est, par rapport au film radiographique, sur un plan plus rapproché.

Ce signe de « tête trop petite pour sa cavité » est donc intéressant à retenir et suffira au besoin à reconnaître la luxation rétro-cotyloïdienne pure sur un cliché de face.

2° Luxations compliquées.

Envisageons le cas maintenant où la luxation s'accompagne d'autres lésions, telles que : Fracture du sourcil cotyloïdien (cas le plus fréquent) ; Fracture de la tête fémorale; Fracture du col avec engrènement.

L'image radiologique anormale, dans le sens que nous avons déjà bien précisé, n'est plus alors seulement déconcertante, mais nettement trompeuse et mensongère. Cliniquement, le diagnostic de luxation était porté. Rien de tel n'apparaît sur le cliché; mais par contre, on peut constater une fracture du cotyle, de la tête fémorale ou tout autre lésion associée. On risque donc de ne plus retenir que la

lésion surajoutée, et, croyant corriger, grâce à la radio un premier diagnostic erroné, on méconnaît, au contraire, une luxation pourtant bien réelle. Tel est le cas qui s'est produit dans l'observation de ZADEK.

Pour éviter une telle erreur, il faudra donc, guidé par les données étiologiques d'un traumatisme violent (accident d'automobile), demander toujours un cliché de profil, sur lequel la luxation en arrière ne pourra pas passer inaperçue.

TRAITEMENT

La question du traitement ne nous retiendra que très peu. Aussi bien, craindrions-nous de sortir du cadre de notre sujet, lequel a surtout pour but de mettre en lumière le double caractère étiologique et radiologique qui individualise cette variété rétro-cotyloïdienne de luxation coxo-fémorale.

D'ailleurs, c'est le traitement de toutes luxations de la hanche :

Réduction par les méthodes orthopédiques, sous-anesthésie. La rachi-anesthésie est conseillée, en raison du relâchement musculaire complet que l'on obtient.

Maintien en bonne position, assuré par un appareil plâtré ou plus simplement par l'immobilisation sur une attelle.

On n'emploiera la méthode sanglante que dans les cas exceptionnels tels que :

Irréductibilité du fragment enclavé;

Ancienneté de la luxation.

CONCLUSIONS

1° Le développement de l'automobile, et les accidents toujours plus nombreux, auxquels celle-ci expose, ont, sinon créé, du moins rendu beaucoup plus fréquente, une variété spéciale de luxation traumatique de la hanche, que nous appelerons « *luxation rétro-cotyloïdienne* ».

2° Cette luxation rétro-cotyloïdienne, pure ou associée à une fracture du sourcil cotyloïdien, se caractérise au double point de vue :

Etiologique : mécanisme simple, cuisse à angle droit sur le bassin; dans le choc, provenant de l'arrêt brusque de la voiture, le genou bute violemment contre le tableau de bord ou le siège avant (pour les passagers de la banquette arrière) d'où luxation, le plus souvent directe, en arrière. C'est donc la position « en flexion » qui domine l'étiologie de cette forme.

Radiologique : La tête, en position rétro-cotyloïdienne exacte, semble occuper encore le cotyle, car

elle se trouve en arrière au même niveau exactement que celui-ci. Cependant, même sur un cliché de face, un signe que nous décrivons mettra sur la voie du diagnostic. C'est que le cotyle paraît trop grand pour la tête qui est sur un plan plus rapproché de la plaque.

3° Nécessité de réclamer un cliché de profil, chez tous sujets traumatisés de la hanche au cours d'un accident d'auto et toutes les fois que l'on suspecte une luxation coxo-fémorale.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
C. DAMBRIN.

Vu : *Le Doyen*,
E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 4 décembre 1936.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Annovazzi. — Frattura del ciglio e della parte postero-supériore del tetto cotiloïdeo con sublussazione iliaca posteriore del femore (*Boll. de spec. med. clin.*).

Bloch. — *Soc. Nat. de Chirurgie,* 4 mai 1932.

Breton et Blondeau. — Une variété de luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien, observée après certains accidents d'auto (*Journal de Radio,* août 1927).

Brisset et Lemoine. — *Soc. Nat. de Chir.,* 4 novembre 1931.

Bigelow. — On the dislocation of the hip (The Lancet)

Baudet et Dambrin (P.). — *Communiqué à l'Académie de Chir. de Paris,* octobre 1936.

Christopher (F.). — Posteriore dislocation of hip with fracture of posterior rion of acetabulune (*Surg. clin. Nostl america,* février 1931).

Dambrin (Louis et Paul). — Luxation traumatique rétro-cotyloïdienne pure de la hanche (*Société Chir. de Toulouse,* 20 décembre 1935).

Dentre (L.) et Delbet (P.). — Extrait du nouveau *Traité de Chirurgie Clinique et Opératoire.*

Griswald (R. A.) et Herd (C. R.). — Dislocation of hip with fracture of posteria rine of acetabulem (*Journ. Indiana M. A.*, avril 1929).

Hamilton. — *Traité des fractures et des luxations.*

Lenormand. — Les fractures du cotyle (*Presse Médicale*, 23 juin 1928).

Le Page. — Luxation de la hanche avec fracture partielle de la tête fémorale (*Bull. Soc. Clin. Paris*, 19 janvier 1934).

Morris. — *The Lancet*, 1877.

Papin. — Luxation de la hanche avec fracture partielle de la tête fémorale (*Bull. Soc. Clin. Paris*, 1925).

Patel. — Cont. hanche et fracture avoisinant l'article (*Lyon Clin.*, 1922).

— Sémiologie dans les traumatiq. réc. hanche (*Presse Médicale*, 7 août 1933).

Patel et Vergnoy. — Lux. hanche avec fracture simple c. (*Lyon Clin.*, 1932).

Roman. — Etude d'un cas particulier de fracture marginale du cotyle (*Thèse Montpellier*, 1928).

Samuel (D.). — Une affection chirurgicale moderne : la luxation de hanche avec fracture du s.; c. chez l'automobiliste (*Thèse Paris*, 1936).

Sivade. — Contribution à l'étude de fract. du s. c. av. lux. de la hanche (*Thèse Lyon*, 1920-21).

Syme. — *American Journ. Med. Soc.*, octobre 1843.

Tchiviklinski. — Cont. fract. du s. c. (*Thèse Alger*, 1923).

Voucken. — A propos d'un cas de lux. traum. (*Soc. Nat. Chir.*, 14 juin 1933).

Zadek. — Complicated traum. disloc. of hip (*Journal Bone et J. S.*, avril 1934).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos. 11

Introduction. 15

PREMIERE PARTIE

Chapitre premier. — Historique. 17

Chapitre II. — Etiologie et mécanisme. 23

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATIONS

Chapitre premier. — Deux observations personnelles. 31

Chapitre II. — Observations recherchées chez d'autres auteurs et paraissant bien répondre a notre forme « rétro-cotyloïdienne. 38

TROISIEME PARTIE

Chapitre premier. — Symptomatologie..... 43

Chapitre II. — Signes radiologiques..... 50

Traitement..... 56

Conclusions..... 57

Bibliographie..... 59

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, RUE RIQUET
(IMPASSE SAINT-AUBIN)